



Fundusze Europejskie
dla Lubelskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Załącznik 4 do Deklaracji uczestnictwa w projekcie „Realizacja programu kompleksowej rehabilitacji uwzględniającej aktywizację zawodową i wsparcie w powrocie do pracy”

Beneficjent:

Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy

Centrum Profilaktyczno-Lecznicze w Lublinie

Nabór nr FELU.09.05-IZ.00-001/24

Projekt nr FELU.09.05-IZ.00-005/24

<p>.....</p> <p>Pracodawca</p>	<p>.....</p> <p>Miejscowość i data</p>
--------------------------------	--

ZAŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU

Imię i nazwisko										
Numer PESEL										
Stanowisko										
Jest zatrudniona/y w:										
Od dnia:		na czas nieokreślony/określony do dnia*								

.....
Podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej

*niepotrzebne skreślić

Dopuszcza się użycie zaświadczenia według wzoru używanego przez zakład pracy lub w przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą właściwego potwierdzenia z CEIDG.



Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy Centrum Profilaktyczno-Lecznicze w Lublinie
ul. Natęczowska 27, 20-701 Lublin
tel: 81 533-00-34, www.womp.lublin.pl, sekretariat@womp.lublin.pl
NIP: 712-25-20-810, REGON: 431190120, KRS - 0000012209